



ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
Secretaría de Educación
Radicado N° **S-2025-252649**
Fecha: 08-08-2025 - 21:28
Folios: 1 Anexos:
Radicador: GILMA ESTHER ALBARRACIN - 2201
Destino: KATTYA MARGARITA BAQUERO BAQUERRO

Consulte el estado de su trámite en www.educacionbogota.edu.co
opción CONSULTA TRÁMITE
con el código de verificación: **AKDWT**

Bogotá D.C., agosto de 2025

Doctora

KATTYA MARGARITA BAQUERO BAQUERRO

Directora de desarrollo de Talento Humano en Salud

Secretaría Técnica de la Comisión Intersectorial para el Talento Humano en Salud- CITHS

Carrera 13 No. 32-76

Tel. 3305000

kbaquero@MinSalud.edu.co

correo@minsalud.gov.co

Ciudad

Asunto. Traslado de documentos de la institución educativa CAMPOALTO- para concepto técnico según su competencia.

Cordial saludo doctora Kattia Margarita.

En atención a la solicitud de renovación de programas por parte de la institución educativa denominada Campoalto, sede ubicada en San Cristóbal Norte, para los siguientes programas:

1. Técnico Laboral en Auxiliar de Enfermería.
2. Técnico Laboral en Auxiliar de Servicios Farmacéuticos.
3. Técnico Laboral en Administrativo en Salud.

En cumplimiento a lo señalado anteriormente, se envía a su despacho los soportes documentales de acuerdo con lo establecido en el artículo 8 del acuerdo 153 de 2012, para la expedición del correspondiente concepto técnico y de esta forma tener los insumos para proferir el respectivo acto administrativo.

Cordialmente,

EDUARDO ANTONIO ROJAS LOZANO

Director Local de Educación Usaquén

NOMBRE	CARGO
Gilma Esther Albarracín Ballesteros	Profesional Inspección y Vigilancia

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. EDUCACIÓN Secretaría de Educación	RADICACIÓN DE SOLICITUD DE REGISTRO, RENOVACIÓN O MODIFICACIÓN DE LICENCIA DE PROGRAMAS DE EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO
--	---

FORMATO ÚNICO DE RADICACIÓN

Fecha: 21/04/2025

1. **Nombre de la Institución de Educación:** CAMPOALTO ACESALUD S.A.S
2. **NIT de la Institución de Educación:** 83015970-6
3. **Código SIET de la Institución de Educación:** **6402**
4. **Dirección:** Cra 7g # 158 A 20
5. **Localidad:** USAQUEN
6. **Teléfono:** 3334004050
7. **Página web:** WWW.CAMPOALTO.EDU.CO
8. **Email:** vicerectoria@campoalto.edu.co
rectoria@campoalto.edu.co
9. **Nombre del Representante Legal:** HUGO FERNANDO NOVOA MONTOYA
10. **Identificación del Representante Legal:** 80418945
11. **Tipo de solicitud:** Registro: _ Renovación **X** Modificación:
12. **Denominación del programa:** **TECNICO LABORAL POR
COMPETENCIAS EN AUXILIAR EN ADMINISTRATIVO EN SALUD**
13. **Tipo de programa:** Formación laboral **X** Formación académica
14. **Código Programa SIET:** 32555
15. En mi calidad de Representante Legal de la Institución Educativa o de Apoderado debidamente facultado, autorizo para recibir las notificaciones y comunicaciones que se deriven del trámite administrativo, a través de mensaje de datos enviado vía correo electrónico.

Si **X** No ____

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. EDUCACIÓN Secretaría de Educación	RADICACIÓN DE SOLICITUD DE REGISTRO, RENOVACIÓN O MODIFICACIÓN DE LICENCIA DE PROGRAMAS DE EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO
--	---

Cuenta de correo electrónico autorizada para recibir notificaciones y comunicaciones:
vicorrectoria@campoalto.edu.co, rectoria@campoalto.edu.co



Firma del Representante Legal de la Institución Educativa o de su Apoderado

Nota: Cuando la radicación la realice apoderado, deberá presentarse poder especial en el que se otorgue la facultad de presentar solicitudes a nombre de la institución educativa ante la Secretaría de Educación Distrital de Bogotá y las Direcciones Locales de Educación.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. EDUCACIÓN Secretaría de Educación	LISTA DE VERIFICACIÓN DE COMPLETITUD DE SOLICITUDES DE REGISTRO, RENOVACIÓN O MODIFICACIÓN DE PROGRAMAS DE EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO
--	--

**LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN E INFORMACIÓN QUE DEBE
ACOMPañAR LA SOLICITUD DE REGISTRO DE PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA EL
TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO, RENOVACIÓN O MODIFICACIÓN DE REGISTRO**

1. **Nombre de la institución de educación:** CAMPOALTO ACESALUD S.A.S
2. **NIT de la institución de educación:** 830015970-6
3. **Código SIET de la institución de educación:** 6402
4. **Tipo de institución de educación:** IETDH ☒ IES _____
5. **Naturaleza de la institución de educación:** Oficial _____ Privada ☒
6. **Licencia de funcionamiento, reconocimiento oficial o personería jurídica vigente:**
Si ☒ No _____
7. **Ha transcurrido más de 2 años desde la expedición de la licencia de funcionamiento, sin que haya iniciado actividades académicas la institución de educación:**
Si _____ No ☒
8. **Denominación del programa:** TECNICO LABORAL POR COMPETENCIAS EN AUXILIAR EN ADMINISTRATIVO EN SALUD
9. **Tipo de programa:** Formación laboral ☒ Formación académica _____
10. **Registro vigente del programa:** Si ☒ No _____ N/A _____
11. **Código SIET del programa:** 32555
12. **Programa en convenio:** Si _____ No ☒
13. **Nombre de institución de educación en convenio:** _____
14. **NIT de la institución de educación en convenio:** _____
15. **Código SIET de la institución de educación en convenio:** _____
16. **Tipo de institución de educación en convenio:** IETDH _____ IES _____
17. **Naturaleza de la institución de educación en convenio:** Oficial _____ Privada _____
18. **Programa del área de la salud:** Si ☒ No _____
19. **Fecha solicitud:** 21/04/2025
20. **Tipo de solicitud:** Registro _____ Renovación ☒ Modificación _____
21. **Solicitud con 6 meses de antelación al vencimiento del registro:** Si ☒ No _____ N/A _____
22. **Nombre del funcionario del equipo de supervisión que verifica:**

La solicitud de registro, renovación o modificación de programas de educación para el trabajo y el desarrollo humano debe estar acompañada de un proyecto educativo institucional (PEI) que contenga los siguientes requisitos básicos¹:

Verificación de documentos de entrega	Indicar Si, No o N/A
---------------------------------------	----------------------

¹ Ley 19 de 2012, artículo 9: “PROHIBICIÓN DE EXIGIR DOCUMENTOS QUE REPOSAN EN LA ENTIDAD. Cuando se esté adelantando un trámite ante la administración, se prohíbe exigir actos administrativos, constancias, certificaciones o documentos que ya reposen en la entidad ante la cual se está tramitando la respectiva actuación”.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. EDUCACIÓN Secretaría de Educación	LISTA DE VERIFICACIÓN DE COMPLETITUD DE SOLICITUDES DE REGISTRO, RENOVACIÓN O MODIFICACIÓN DE PROGRAMAS DE EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO
--	--

1. Objetivos del programa.	SI
2. Definición del perfil del egresado.	SI
3. Justificación del programa.	SI
4. Plan de estudios que debe comprender:	SI
4.1. Duración del programa	SI
4.2. Distribución del tiempo del programa.	SI
4.3. Jornadas	SI
4.4. Escolaridad	SI
4.5. Identificación de los contenidos básicos de formación.	SI
4.6. Nombre de la ocupación	SI
4.7. Código de la ocupación	SI
4.8. Estructuración del plan de estudios de acuerdo con normas de competencia laboral	SI
4.9. Organización de las actividades de formación.	SI
4.10. Estrategia metodológica.	SI
4.11. Número proyectado de estudiantes por programa.	SI
4.12. Criterios y procedimientos de evaluación y promoción de los estudiantes.	SI
5. Autoevaluación institucional.	SI
6. Organización administrativa.	SI
7. Recursos específicos para desarrollar el programa de acuerdo con la metodología propuesta, especificando lo siguiente:	SI
7.1. Características y ubicación de las aulas y talleres donde se desarrollará el programa.	SI
7.2. Materiales de apoyo. Didácticos, ayudas educativas y audiovisuales.	SI
7.3. Recursos bibliográficos, técnicos y tecnológicos.	SI
7.4. Laboratorio y equipos.	SI

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. EDUCACIÓN Secretaría de Educación	LISTA DE VERIFICACIÓN DE COMPLETITUD DE SOLICITUDES DE REGISTRO, RENOVACIÓN O MODIFICACIÓN DE PROGRAMAS DE EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO
--	--

7.5. Lugares de práctica.	SI
8. Personal de formadores requeridos para el desarrollo del programa	SI
8.1. Número	SI
8.2. Dedicación al programa	SI
8.3. Nivel de formación o certificación de las competencias laborales	SI
9. Reglamento de estudiantes.	SI
10. Reglamento de formadores.	SI
11. Financiación. Presupuesto de ingresos y egresos de recursos físicos y tecnológicos de los que disponga para el desarrollo del programa.	SI
12. Infraestructura. Comprende las características de los recursos físicos y tecnológicos de los que disponga para el desarrollo del programa.	SI

*Diligenciar únicamente cuando se trate de un programa del área de la salud.

1. Nombre del escenario de práctica: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS EN SALUD NORTE (SIMÓN BOLIVAR – ENGATIVA)

- Clínico ☒ No clínico
- Póliza de responsabilidad civil extracontractual Si ☒ No ☐
- Afiliación de estudiantes a ARL Si ☒ No ☐

2. Nombre del escenario de práctica: FUNDACION PROYECTO UNION

- Clínico ☒ No clínico
- Póliza de responsabilidad civil extracontractual Si ☒ No ☐
- Afiliación de estudiantes a ARL Si ☒ No ☐

3. Nombre del escenario de práctica: SEP LTDA

- Clínico ☐ No clínico
- Póliza de responsabilidad civil extracontractual Si ☒ No ☐
- Afiliación de estudiantes a ARL Si ☒ No ☐

4. Nombre del escenario de práctica: UNION MEDICA DEL NORTE

- Clínico ☐ No clínico
- Póliza de responsabilidad civil extracontractual Si ☒ No ☐
- Afiliación de estudiantes a ARL Si ☒ No ☐

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. EDUCACIÓN Secretaría de Educación	LISTA DE VERIFICACIÓN DE COMPLETITUD DE SOLICITUDES DE REGISTRO, RENOVACIÓN O MODIFICACIÓN DE PROGRAMAS DE EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO
--	--

5. Nombre del escenario de práctica: ASMEDAN ASOCIACION DE MEDICOS Y ANESTESIOLOGOS

- | | |
|---|---|
| • Clínico ☒ _____ | No clínico |
| • Póliza de responsabilidad civil extracontractual | Si ☒ No _____ |
| • Afiliación de estudiantes a ARL | Si ☒ No _____ |

6. Nombre del escenario de práctica: MEDIEXPRES

- | | |
|---|---|
| • Clínico ☒ _____ | No clínico |
| • Póliza de responsabilidad civil extracontractual | Si ☒ No _____ |
| • Afiliación de estudiantes a ARL | Si ☒ No _____ |

7. Nombre del escenario de práctica: UROBOSQUE

- | | |
|---|---|
| • Clínico ☒ _____ | No clínico |
| • Póliza de responsabilidad civil extracontractual | Si ☒ No _____ |
| • Afiliación de estudiantes a ARL | Si ☒ No _____ |

8. Nombre del escenario de práctica: USS HOSPITAL DE KENNEDY

- | | |
|---|---|
| • Clínico ☒ _____ | No clínico |
| • Póliza de responsabilidad civil extracontractual | Si ☒ No _____ |
| • Afiliación de estudiantes a ARL | Si ☒ No _____ |

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. EDUCACIÓN Secretaría de Educación	RADICACIÓN DE SOLICITUD DE REGISTRO, RENOVACIÓN O MODIFICACIÓN DE LICENCIA DE PROGRAMAS DE EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO
--	---

FORMATO ÚNICO DE RADICACIÓN

Fecha: 21/04/2025

1. **Nombre de la Institución de Educación:** CAMPOALTO ACESALUD S.A.S
2. **NIT de la Institución de Educación:** 83015970-6
3. **Código SIET de la Institución de Educación:** **6402**
4. **Dirección:** Cra 7g # 158 A 20
5. **Localidad:** USAQUEN
6. **Teléfono:** 3334004050
7. **Página web:** WWW.CAMPOALTO.EDU.CO
8. **Email:** vicerectoria@campoalto.edu.co
rectoria@campoalto.edu.co
9. **Nombre del Representante Legal:** HUGO FERNANDO NOVOA MONTOYA
10. **Identificación del Representante Legal:** 80418945
11. **Tipo de solicitud:** Registro: _ Renovación **X** Modificación:
12. **Denominación del programa:** **TECNICO LABORAL POR
COMPETENCIAS EN AUXILIAR DE ENFERMERIA**
13. **Tipo de programa:** Formación laboral **X** Formación académica
14. **Código Programa SIET:** 32548
15. En mi calidad de Representante Legal de la Institución Educativa o de Apoderado debidamente facultado, autorizo para recibir las notificaciones y comunicaciones que se deriven del trámite administrativo, a través de mensaje de datos enviado vía correo electrónico.

Si **X** No ____

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. EDUCACIÓN Secretaría de Educación	RADICACIÓN DE SOLICITUD DE REGISTRO, RENOVACIÓN O MODIFICACIÓN DE LICENCIA DE PROGRAMAS DE EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO
--	---

Cuenta de correo electrónico autorizada para recibir notificaciones y comunicaciones:
vicorrectoria@campoalto.edu.co, rectoria@campoalto.edu.co



Firma del Representante Legal de la Institución Educativa o de su Apoderado

Nota: Cuando la radicación la realice apoderado, deberá presentarse poder especial en el que se otorgue la facultad de presentar solicitudes a nombre de la institución educativa ante la Secretaría de Educación Distrital de Bogotá y las Direcciones Locales de Educación.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. EDUCACIÓN Secretaría de Educación	RADICACIÓN DE SOLICITUD DE REGISTRO, RENOVACIÓN O MODIFICACIÓN DE LICENCIA DE PROGRAMAS DE EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO
--	---

FORMATO ÚNICO DE RADICACIÓN

Fecha: 21/04/2025

1. **Nombre de la Institución de Educación:** CAMPOALTO ACESALUD S.A.S
2. **NIT de la Institución de Educación:** 83015970-6
3. **Código SIET de la Institución de Educación:** **6402**
4. **Dirección:** Cra 7g # 158 A 20
5. **Localidad:** USAQUEN
6. **Teléfono:** 3334004050
7. **Página web:** WWW.CAMPOALTO.EDU.CO
8. **Email:** vicerectoria@campoalto.edu.co
rectoria@campoalto.edu.co
9. **Nombre del Representante Legal:** HUGO FERNANDO NOVOA MONTOYA
10. **Identificación del Representante Legal:** 80418945
11. **Tipo de solicitud:** Registro: _ Renovación **X** Modificación:
12. **Denominación del programa:** **TECNICO LABORAL POR
COMPETENCIAS EN AUXILIAR DE ENFERMERIA**
13. **Tipo de programa:** Formación laboral **X** Formación académica
14. **Código Programa SIET:** 32548
15. En mi calidad de Representante Legal de la Institución Educativa o de Apoderado debidamente facultado, autorizo para recibir las notificaciones y comunicaciones que se deriven del trámite administrativo, a través de mensaje de datos enviado vía correo electrónico.

Si **X** No ____

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. EDUCACIÓN Secretaría de Educación	RADICACIÓN DE SOLICITUD DE REGISTRO, RENOVACIÓN O MODIFICACIÓN DE LICENCIA DE PROGRAMAS DE EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO
--	---

Cuenta de correo electrónico autorizada para recibir notificaciones y comunicaciones:
vicorrectoria@campoalto.edu.co, rectoria@campoalto.edu.co



Firma del Representante Legal de la Institución Educativa o de su Apoderado

Nota: Cuando la radicación la realice apoderado, deberá presentarse poder especial en el que se otorgue la facultad de presentar solicitudes a nombre de la institución educativa ante la Secretaría de Educación Distrital de Bogotá y las Direcciones Locales de Educación.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. EDUCACIÓN Secretaría de Educación	RADICACIÓN DE SOLICITUD DE REGISTRO, RENOVACIÓN O MODIFICACIÓN DE LICENCIA DE PROGRAMAS DE EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO
--	--

FORMATO ÚNICO DE RADICACIÓN

Fecha: 21/04/2025

1. **Nombre de la Institución de Educación:** CAMPOALTO ACESALUD S.A.S
2. **NIT de la Institución de Educación:** 83015970-6
3. **Código SIET de la Institución de Educación:** **6402**
4. **Dirección:** Cra 7g # 158 A 20
5. **Localidad:** USAQUEN
6. **Teléfono:** 3334004050
7. **Página web:** WWW.CAMPOALTO.EDU.CO
8. **Email:** vicerectoria@campoalto.edu.co
rectoria@campoalto.edu.co
9. **Nombre del Representante Legal:** HUGO FERNANDO NOVOA MONTOYA
10. **Identificación del Representante Legal:** 80418945
11. **Tipo de solicitud:** Registro: _ Renovación **X** Modificación:
12. **Denominación del programa:** **TECNICO LABORAL POR
COMPETENCIAS EN AUXILIAR EN SERVICIOS FARMACEUTICOS**
13. **Tipo de programa:** Formación laboral **X** Formación académica
14. **Código Programa SIET:** 32549
15. En mi calidad de Representante Legal de la Institución Educativa o de Apoderado debidamente facultado, autorizo para recibir las notificaciones y comunicaciones que se deriven del trámite administrativo, a través de mensaje de datos enviado vía correo electrónico.

Si **X** No ____

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. EDUCACIÓN Secretaría de Educación	RADICACIÓN DE SOLICITUD DE REGISTRO, RENOVACIÓN O MODIFICACIÓN DE LICENCIA DE PROGRAMAS DE EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO
--	---

Cuenta de correo electrónico autorizada para recibir notificaciones y comunicaciones:
vicorrectoria@campoalto.edu.co, rectoria@campoalto.edu.co



Firma del Representante Legal de la Institución Educativa o de su Apoderado

Nota: Cuando la radicación la realice apoderado, deberá presentarse poder especial en el que se otorgue la facultad de presentar solicitudes a nombre de la institución educativa ante la Secretaría de Educación Distrital de Bogotá y las Direcciones Locales de Educación.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. EDUCACIÓN Secretaría de Educación	LISTA DE VERIFICACIÓN DE COMPLETITUD DE SOLICITUDES DE REGISTRO, RENOVACIÓN O MODIFICACIÓN DE PROGRAMAS DE EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO
--	--

**LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN E INFORMACIÓN QUE DEBE
ACOMPañAR LA SOLICITUD DE REGISTRO DE PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA EL
TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO, RENOVACIÓN O MODIFICACIÓN DE REGISTRO**

1. **Nombre de la institución de educación:** CAMPOALTO ACESALUD S.A.S
2. **NIT de la institución de educación:** 830015970-6
3. **Código SIET de la institución de educación:** 6402
4. **Tipo de institución de educación:** IETDH ☒ IES _____
5. **Naturaleza de la institución de educación:** Oficial _____ Privada ☒
6. **Licencia de funcionamiento, reconocimiento oficial o personería jurídica vigente:**
Si ☒ No _____
7. **Ha transcurrido más de 2 años desde la expedición de la licencia de funcionamiento, sin que haya iniciado actividades académicas la institución de educación:**
Si _____ No ☒
8. **Denominación del programa:** TECNICO LABORAL POR COMPETENCIAS EN AUXILIAR EN SERVICIOS FARMACEUTICOS
9. **Tipo de programa:** Formación laboral ☒ Formación académica _____
10. **Registro vigente del programa:** Si ☒ No _____ N/A _____
11. **Código SIET del programa:** 32549
12. **Programa en convenio:** Si _____ No ☒
13. **Nombre de institución de educación en convenio:** _____
14. **NIT de la institución de educación en convenio:** _____
15. **Código SIET de la institución de educación en convenio:** _____
16. **Tipo de institución de educación en convenio:** IETDH _____ IES _____
17. **Naturaleza de la institución de educación en convenio:** Oficial _____ Privada _____
18. **Programa del área de la salud:** Si ☒ No _____
19. **Fecha solicitud:** 21/04/2025
20. **Tipo de solicitud:** Registro _____ Renovación ☒ Modificación _____
21. **Solicitud con 6 meses de antelación al vencimiento del registro:** Si ☒ No _____ N/A _____
22. **Nombre del funcionario del equipo de supervisión que verifica:**

La solicitud de registro, renovación o modificación de programas de educación para el trabajo y el desarrollo humano debe estar acompañada de un proyecto educativo institucional (PEI) que contenga los siguientes requisitos básicos¹:

Verificación de documentos de entrega	Indicar Si, No o N/A
---------------------------------------	----------------------

¹ Ley 19 de 2012, artículo 9: “PROHIBICIÓN DE EXIGIR DOCUMENTOS QUE REPOSAN EN LA ENTIDAD. Cuando se esté adelantando un trámite ante la administración, se prohíbe exigir actos administrativos, constancias, certificaciones o documentos que ya reposen en la entidad ante la cual se está tramitando la respectiva actuación”.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. EDUCACIÓN Secretaría de Educación	LISTA DE VERIFICACIÓN DE COMPLETITUD DE SOLICITUDES DE REGISTRO, RENOVACIÓN O MODIFICACIÓN DE PROGRAMAS DE EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO
--	---

1. Objetivos del programa.	SI
2. Definición del perfil del egresado.	SI
3. Justificación del programa.	SI
4. Plan de estudios que debe comprender:	SI
4.1. Duración del programa	SI
4.2. Distribución del tiempo del programa.	SI
4.3. Jornadas	SI
4.4. Escolaridad	SI
4.5. Identificación de los contenidos básicos de formación.	SI
4.6. Nombre de la ocupación	SI
4.7. Código de la ocupación	SI
4.8. Estructuración del plan de estudios de acuerdo con normas de competencia laboral	SI
4.9. Organización de las actividades de formación.	SI
4.10. Estrategia metodológica.	SI
4.11. Número proyectado de estudiantes por programa.	SI
4.12. Criterios y procedimientos de evaluación y promoción de los estudiantes.	SI
5. Autoevaluación institucional.	SI
6. Organización administrativa.	SI
7. Recursos específicos para desarrollar el programa de acuerdo con la metodología propuesta, especificando lo siguiente:	SI
7.1. Características y ubicación de las aulas y talleres donde se desarrollará el programa.	SI
7.2. Materiales de apoyo. Didácticos, ayudas educativas y audiovisuales.	SI
7.3. Recursos bibliográficos, técnicos y tecnológicos.	SI
7.4. Laboratorio y equipos.	SI

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. EDUCACIÓN Secretaría de Educación	LISTA DE VERIFICACIÓN DE COMPLETITUD DE SOLICITUDES DE REGISTRO, RENOVACIÓN O MODIFICACIÓN DE PROGRAMAS DE EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO
--	--

7.5. Lugares de práctica.	SI
8. Personal de formadores requeridos para el desarrollo del programa	SI
8.1. Número	SI
8.2. Dedicación al programa	SI
8.3. Nivel de formación o certificación de las competencias laborales	SI
9. Reglamento de estudiantes.	SI
10. Reglamento de formadores.	SI
11. Financiación. Presupuesto de ingresos y egresos de recursos físicos y tecnológicos de los que disponga para el desarrollo del programa.	SI
12. Infraestructura. Comprende las características de los recursos físicos y tecnológicos de los que disponga para el desarrollo del programa.	SI

*Diligenciar únicamente cuando se trate de un programa del área de la salud.

1. Nombre del escenario de práctica: DROGUERIAS Y FARMACIAS CRUZ VERDE SAS

- Clínico ☒ No clínico
- Póliza de responsabilidad civil extracontractual Si ☒ No ☐
- Afiliación de estudiantes a ARL Si ☒ No ☐

2. Nombre del escenario de práctica: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE (SIMON BOLIVAR – ENGATIVA – SUBA)

- Clínico ☒ No clínico
- Póliza de responsabilidad civil extracontractual Si ☒ No ☐
- Afiliación de estudiantes a ARL Si ☒ No ☐

3. Nombre del escenario de práctica: SEP

- Clínico ☐ No clínico
- Póliza de responsabilidad civil extracontractual Si ☒ No ☐
- Afiliación de estudiantes a ARL Si ☒ No ☐

4. Nombre del escenario de práctica: UNION MEDICA DEL NORTE

- Clínico ☐ No clínico
- Póliza de responsabilidad civil extracontractual Si ☒ No ☐
- Afiliación de estudiantes a ARL Si ☒ No ☐

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. EDUCACIÓN Secretaría de Educación	LISTA DE VERIFICACIÓN DE COMPLETITUD DE SOLICITUDES DE REGISTRO, RENOVACIÓN O MODIFICACIÓN DE PROGRAMAS DE EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO
--	--

5. Nombre del escenario de práctica: UROBOSQUE

- | | |
|--|--|
| • Clínico ☒ | No clínico |
| • Póliza de responsabilidad civil extracontractual | Si ☒ No ☐ |
| • Afiliación de estudiantes a ARL | Si ☒ No ☐ |

6. Nombre del escenario de práctica: HOSPITAL DE KENNEDY

- | | |
|--|--|
| • Clínico ☒ | No clínico |
| • Póliza de responsabilidad civil extracontractual | Si ☒ No ☐ |
| • Afiliación de estudiantes a ARL | Si ☒ No ☐ |

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. EDUCACIÓN Secretaría de Educación	RADICACIÓN DE SOLICITUD DE REGISTRO, RENOVACIÓN O MODIFICACIÓN DE LICENCIA DE PROGRAMAS DE EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO
--	---

FORMATO ÚNICO DE RADICACIÓN

Fecha: 21/04/2025

1. **Nombre de la Institución de Educación:** CAMPOALTO ACESALUD S.A.S
2. **NIT de la Institución de Educación:** 83015970-6
3. **Código SIET de la Institución de Educación:** **6402**
4. **Dirección:** Cra 7g # 158 A 20
5. **Localidad:** USAQUEN
6. **Teléfono:** 3334004050
7. **Página web:** WWW.CAMPOALTO.EDU.CO
8. **Email:** vicerectoria@campoalto.edu.co
rectoria@campoalto.edu.co
9. **Nombre del Representante Legal:** HUGO FERNANDO NOVOA MONTOYA
10. **Identificación del Representante Legal:** 80418945
11. **Tipo de solicitud:** Registro: _ Renovación **X** Modificación:
12. **Denominación del programa:** **TECNICO LABORAL POR
COMPETENCIAS EN AUXILIAR DE ENFERMERIA**
13. **Tipo de programa:** Formación laboral **X** Formación académica
14. **Código Programa SIET:** 32548
15. En mi calidad de Representante Legal de la Institución Educativa o de Apoderado debidamente facultado, autorizo para recibir las notificaciones y comunicaciones que se deriven del trámite administrativo, a través de mensaje de datos enviado vía correo electrónico.

Si **X** No ____

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. EDUCACIÓN Secretaría de Educación	RADICACIÓN DE SOLICITUD DE REGISTRO, RENOVACIÓN O MODIFICACIÓN DE LICENCIA DE PROGRAMAS DE EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO
--	---

Cuenta de correo electrónico autorizada para recibir notificaciones y comunicaciones:
vicorrectoria@campoalto.edu.co, rectoria@campoalto.edu.co



Firma del Representante Legal de la Institución Educativa o de su Apoderado

Nota: Cuando la radicación la realice apoderado, deberá presentarse poder especial en el que se otorgue la facultad de presentar solicitudes a nombre de la institución educativa ante la Secretaría de Educación Distrital de Bogotá y las Direcciones Locales de Educación.